PT SUN LIFE FINANCIAL SYARIAH INDONESIA

Menara Sun Life
Jln. Dr. Ide Anak Agung Gde Agung Blok 6.3
Kawasan Mega Kuningan Jakarta 12950
www.sunlife.co.id

Pusat Layanan Nasabah
Telp.: 021-50995121 WA Interaktif: +6281-321-500-786
E-mail: SLI_Care.Syariah@sunlife.com
PT Sun Life Financial Syariah Indonesia berizin dan diawasi oleh Otoritas Jasa Keuangan (OJK).

FORMULIR PENUNJUKAN KUASA
UNTUK POLIS PERUSAHAAN/YAYASAN/KUMPULAN

- Mohon isi formulir dengan lengkap menggunakan huruf cetak dan pastikan Anda melengkapi persyaratan yang wajib dilampirkan.
- Mohon tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong. Pastikan semua informasi yang dibutuhkan telah dilengkapi sebelum Anda menandatanganinya.
- Mohon tidak menghapus jawaban Anda dengan cara apa pun. Apabila perlu dilakukan koreksi, silakan coret tulisan yang akan dikoreksi, cantumkan jawaban yang diinginkan, dan bubuhkan tanda tangan Anda. Pastikan tanda tangan tersebut sesuai dengan tanda tangan pada kartu identitas Anda.
- Permohonan hanya akan diproses apabila diajukan menggunakan formulir asli yang telah ditandatangani oleh Pemegang Polis.
- Data yang tercantum dalam formulir ini akan digunakan untuk memproses pengajuan Anda. Apabila informasi yang tercantum tidak lengkap, PT Sun Life Financial Syariah Indonesia berhak untuk tidak melanjutkan proses pengajuan Anda hingga seluruh informasi tersebut dilengkapi.
- Apabila di kemudian hari data yang tercantum dalam formulir ini diketahui tidak benar atau perlu diperbarui, Anda dapat mengajukan perbaikan atau pembaruan data dengan menghubungi Pusat Layanan kami di 021-50995121, melalui surel SLI_Care.Syariah@sunlife.com, atau melalui WhatsApp Interaktif di +6281-321-500-786.
- Data yang tercantum dalam formulir ini adalah milik PT Sun Life Financial Syariah Indonesia. Seluruh karyawan, karyawan alih daya, dan tenaga pemasar PT Sun Life Financial Syariah Indonesia wajib menjaga kerahasiaan data tersebut serta tidak diperkenankan memublikasikan, menyebarkan, atau memberikan data tersebut kepada pihak yang tidak berwenang tanpa izin tertulis terlebih dahulu dari PT Sun Life Financial Syariah Indonesia. Apabila formulir ini tersebar secara tidak sengaja atau tidak tersimpan dengan baik, mohon segera melaporkannya melalui surel SLI_Care.Syariah@sunlife.com, telepon 021-50995121, atau WhatsApp Interaktif di +6281-321-500-786.

Nomor Polis : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Nama Pemegang Polis : .....

NIK : ..... *(Cantumkan Nomor Induk Kependudukan)*

Nama Peserta : .....

Alamat Saat Iini : .....

Kota/ Provinsi: ..... Kode Pos:.....

Nomor Telepon : Rumah : .....Kantor :..... Ext :.....

Nomor Ponsel..... *(WAJIB diisi dengan nomor telepon yang aktif)*

Alamat Surat Elektronik : ..... *(E-mail)*

Mohon diubah sesuai data keterangan tersebut di atas untuk: ☐ Alamat Rumah ☐ Alamat E-mail ☐ Telp. Rumah ☐ No.Ponsel

(Dapat dipilih lebih dari satu dan beri tanda √ pada kotak sesuai perubahan yang diinginkan)

Dokumen yang wajib dilampirkan:

- Fotokopi e-KTP (untuk WNI) atau Paspor dan KIMS/KITAS/KITAP (untuk WNA) yang masih berlaku dan jelas dari Direktur/Ketua Yayasan/Ketua Perkumpulan yang tercantum dalam Akta Susunan Pengurus
- Fotokopi e-KTP (untuk WNI) atau Paspor dan KIMS/KITAS/KITAP (untuk WNA) yang masih berlaku dan jelas dari Pihak yang Ditunjuk
- Fotokopi Akta Susunan Pengurus Perusahaan yang masih berlaku
- Fotokopi Struktur Organisasi terbaru

Wajib diisi: Apakah Pemegang Polis dan/atau Pemegang Saham Pengendali* (jika Pemegang Polis adalah Lembaga) memiliki kewajiban pajak selain di Indonesia?

☐ Ya, silakan lengkapi tabel di bawah ini** ☐ Tidak

Negara	Nomor Pokok Wajib Pajak/ Taxpayer Identification Number (TIN)	Alasan Jika Tidak ada TIN***

* Pihak Pengendali: Individu merupakan Pemilik Manfaat (Beneficial Owner) yang menjalankan pengendalian atas suatu badan atau memiliki 25% saham atau lebih.
** Khusus untuk Pemegang Saham Pengendali, silakan mengisi Formulir Pernyataan Kewajiban Pajak Luar Negeri dan/atau FATCA.
*** - Alasan A, negara tidak menerbitkan TIN
- Alasan B, Pemegang Polis tidak dapat mendapatkan TIN, mohon jelaskan _____
- Alasan C, negara yang bersangkutan tidak mewajibkan TIN untuk keperluan CRS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : .....
(Direktur/Ketua Yayasan/Ketua Perkumpulan yang tercantum dalam Akta Susunan Pengurus)

Jabatan : .....

Nomor NIK : .....

Alamat : .....

Menyatakan bahwa .....*(Tuliskan nama perusahaan/yayasan/grup)* menunjuk :

Nama : .....

Jabatan : .....

Nomor NIK : .....

Alamat : .....

Sebagai pihak yang mewakili institusi tersebut di atas untuk mengajukan dan menandatangani seluruh transaksi polis institusi kami yang terdaftar di PT Sun Life Financial Syariah Indonesia, sebagai berikut:

1. Penarikan dana sebagian (Withdrawal)/ Pencairan Dana Tahapan (Manfaat Tahunan)/ Pencairan No Claim Bonus (Bonus Tidak Ada Klaim)/ Penarikan dana lain-lain
2. Pengalihan Dana Investasi (Switching)
3. Perubahan Jenis Dana Investasi (Redirection)
4. Penutupan Polis (Surrender)
5. Perubahan Polis Financial dan Non-Financial
6. Pemulihan Polis

Pernyataan dan Persetujuan Pemegang Polis

Dengan ini Saya/kami menyatakan dan menyetujui bahwa:

1. Formulir ini merupakan dokumen tambahan untuk Polis atas nama Perusahaan/Yayasan/Kumpulan.
2. Sepanjang sepengetahuan dan keyakinan Saya/kami, semua jawaban dari seluruh pertanyaan yang berhubungan dengan Pemegang Polis dan/atau Peserta adalah lengkap dan benar. Semua jawaban dari seluruh pertanyaan tersebut merupakan dasar dan bagian yang tidak terpisahkan dari Polis dan apabila ternyata jawaban/keterangan yang Saya/kami berikan tidak benar maka PT Sun Life Financial Syariah Indonesia (Selanjutnya disebut Pengelola) berhak menolak pengajuan perubahan ataupun membatalkan Polis sesuai dengan ketentuan Polis. Segala perubahan yang dapat mempengaruhi status kewajiban perpajakan Saya/kami, atau informasi didalam formulir ini menjadi tidak benar atau tidak lengkap, akan diberitahukan kepada Pengelola dalam jangka waktu 30 hari sejak terjadi perubahan.
3. Kami/saya mengerti, memahami dan menyetujui jika diperlukan Pengelola berhak untuk melakukan verifikasi transaksi termasuk berupa pengajuan permintaan informasi tambahan, konfirmasi kepada Direktur Perusahaan/Ketua Yayasan/Ketua Perkumpulan. Pengajuan Perubahan Polis yang tertera pada formulir akan diselesaikan dalam waktu 7 hari kerja dari dokumen diterima lengkap, lolos verifikasi pihak terkait (jika diperlukan). Perubahan akan berlaku apabila telah disetujui oleh Pengelola.
4. Segala akibat yang timbul sehubungan dengan Penunjukan Kuasa ini menjadi tanggung jawab Saya/kami sepenuhnya dan dengan ini Saya/kami membebaskan Pengelola dari segala macam tuntutan atau gugatan dalam bentuk apa pun dari pihak manapun termasuk dari Saya/kami.
5. Saya/kami mengizinkan Pengelola untuk memperoleh, mengumpulkan, mengolah, menganalisis, menyimpan, memperbaiki, memperbarui, menampilkan, mengumumkan, mentransfer, menyebarluaskan atau mengungkapkan, dan/atau menghapus atau memusnahkan seluruh data dan informasi pribadi yang sudah saya/kami berikan kepada Pengelola, afiliasi dan mitra bisnis dan/atau sudah dimiliki Pengelola, afiliasi dan mitra bisnis mengenai diri saya/kami untuk tujuan investigasi, riset dan analisis pemasaran dan tujuan lainnya.
6. Saya/kami menyatakan persetujuan untuk menerima korespondensi, pengkinian informasi, penawaran produk dan/atau layanan dari Pengelola, afiliasi dan mitra bisnis melalui surat, telepon, telepon seluler, e-mail, maupun saluran komunikasi pribadi lainnya.
7. Saya/Kami dapat menarik kembali persetujuan pemrosesan Data Pribadi Saya/Kami yang telah diberikan kepada Pengelola, kecuali untuk kepentingan investigasi terkait pembayaran Manfaat Asuransi dan hal lain sehubungan dengan Polis serta ketentuan yang diatur dalam peraturan perundang-undangan.
8. Dengan menandatangani formulir ini, Saya/Kami memahami dan setuju bahwa Pengelola dapat memberikan informasi yang Saya/Kami berikan dalam formulir ini, termasuk informasi lainnya yang berada dalam penguasaan Pengelola yang relevan dengan kualifikasi perpajakan yang dinyatakan dalam formulir ini kepada otoritas perpajakan terkait yang diperlukan Pengelola untuk memenuhi kewajiban pelaporan perpajakan lokal dan internasional.
9. Saya/Kami telah membaca, mengerti, memahami dan menyetujui persyaratan dan ketentuan yang tertera pada formulir ini. Segala akibat yang timbul sehubungan dengan perubahan polis ini menjadi tanggung jawab Saya/Kami sepenuhnya dan dengan ini Saya/Kami membebaskan Pengelola dari segala macam tuntutan atau gugatan dalam bentuk apa pun dari pihak manapun termasuk dari Saya/Kami

Ditandatangani di ..... pada tanggal ..... / ..... /.....*(Tanggal/Bulan/Tahun)*

Meterai
Rp.10.000

.....
Nama dan Tanda Tangan Pemberi Kuasa

.....
Nama dan Tanda Tangan Pihak yang Ditunjuk

Tanda tangan sesuai dengan kartu identitas yang dilampirkan, Jika terdapat perbedaan tanda tangan dengan KTP/kartu identitas, WAJIB mengisi formulir perubahan/penegasan tanda tangan.

Pemberi Kuasa adalah Direktur Perusahaan/Pimpinan/Ketua Yayasan sesuai akta perusahaan yang berlaku